



**WELL CHILD EXAM - EARLY
CHILDHOOD 2 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

МЛАДШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 2 ГОДАДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ
(ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)

ИМЯ РЕБЕНКА	КЕМ ДОСТАВЛЕН	ДАТА РОЖДЕНИЯ
АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА
ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:

ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок ест разнообразную пищу.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может складывать кубики.
<input type="checkbox"/>	Мой ребенок успокаивается перед сном и хорошо спит.	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок использует предложения из 2-3 слов.
<input type="checkbox"/>	Мой ребенок может бить по мячу.	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок проявляет интерес к тому, чтобы научиться пользоваться туалетом.

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE
---------------------------	--------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history
--	---

Screening:		N A		
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Development: Circle area of concern				
Adaptive/Cognitive	Language/Communication			
Gross Motor	Social/Emotional	Fine Motor		
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Physical:	N A		N A	
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>
Eyes Cover/Uncover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>
Describe abnormal findings and comments.				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
IMMUNIZATIONS GIVEN				
REFERRALS				
NEXT VISIT: 3 YEARS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME	
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS	

DSHS 13-684A RU (REV. 08/2004)

 SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (2 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Lead Screen

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visits day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Pneumococcal Screen

Screen children for these risk factors:

- Age 2 and over with chronic illnesses specifically associated with pneumococcal disease or its complications; anatomic or functional aspernia; sickle cell disease; nephritic syndrome or chronic renal failure; cerebrospinal fluid leaks; or conditions associated with immunosuppression.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Kicks ball forward.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Removes article of clothing (not hat).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Combines 2 words.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uses own name to refer to self. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Vocabulary of more than 50 words.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Strangers understand half child's speech. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Understands a two-step verbal command ("Pick up the toy; put it away") without gestures.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Points to 6 named body parts (nose, eyes, ears, mouth, hands, feet, tummy, hair). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stacks 4 blocks. |

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Persistent rocking, hand flapping, head banging, or toe walking.• No spontaneous two word (not echolalic) phrases.• Any loss of any language or social skills. |
|--|

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on **any two items**, even one of the underlined items, or any of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 2 ГОДА
WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

МЛАДШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 2 ГОДА

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		КЕМ ДОСТАВЛЕН		ДАТА РОЖДЕНИЯ		
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА				
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:		
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок ест разнообразную пищу.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может складывать кубики.		
	Мой ребенок успокаивается перед сном и хорошо спит.			Мой ребенок использует предложения из 2-3 слов.			
	Мой ребенок может бить по мячу.			Мой ребенок проявляет интерес к тому, чтобы научиться пользоваться туалетом.			
ВЕС, КГ/УНЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЬ)		РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЬ)		ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (ПРОЦЕНТИЛЬ)		Питание _____	
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма		<input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней				Выделения _____	
Обследования: Норм. Отклон.							
Слух <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						Проверка карты прививок <input type="checkbox"/> Воздействие свинца <input type="checkbox"/>	
Зрение <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						Фтористые добавки <input type="checkbox"/> Фтор-лак <input type="checkbox"/> Hct/Hgb (Гематокрит/ Гемоглобин) <input type="checkbox"/> TB (Туберкулез) <input type="checkbox"/> Направление к стоматологу <input type="checkbox"/>	
Санитарное просвещение: (отметьте все обсужденные темы / выданные материалы):							
Развитие: Обведите области, вызывающие у вас опасение		Адаптационно-познавательное Язык/Общение		Питание <input type="checkbox"/> Развитие <input type="checkbox"/> Пассивное курение <input type="checkbox"/> Уход за детьми <input type="checkbox"/> Другое: _____		Пользование туалетом <input type="checkbox"/> Автомобильные и детские сиденья <input type="checkbox"/> Пользование туалетом <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Привычка смотреть телевизор <input type="checkbox"/> Уход за зубами <input type="checkbox"/>	
Грубая моторика		Социальное/ Эмоциональное развитие		Тонкая моторика		Оценка/План: _____ _____	
Поведение							
Психическое здоровье							
Физическое состояние: Норм. Отклон. Норм. Отклон.							
Общий внешний вид		<input type="checkbox"/> Грудная клетка		<input type="checkbox"/> Легкие		<input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистая система/Пульс	
Кожа		<input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистая система/Пульс		<input type="checkbox"/> Живот		<input type="checkbox"/> Половые органы	
Голова		<input type="checkbox"/> Живот		<input type="checkbox"/> Половые органы		<input type="checkbox"/> Позвоночник	
Глаза закрывание/ Открывание		<input type="checkbox"/> Позвоночник		<input type="checkbox"/> Конечности		<input type="checkbox"/> Неврологическое состояние	
Уши		<input type="checkbox"/> Конечности		<input type="checkbox"/> Походка		<input type="checkbox"/> Походка	
Нос		<input type="checkbox"/> Походка					
Ротовая полость/Зубы							
Шея							
Узлы							
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания							
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ							
НАПРАВЛЕНИЯ							
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 3 ЛЕТ				ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ			
ПОДПИСЬ ВРАЧА				АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ			

Здоровье вашего малыша в возрасте 2 лет

Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 2 до 3 лет.

Прыгает на месте.

Ездит на трехколесном велосипеде.

Говорит предложениями из 3-4 слов.

Сам ест и одевается.

Может нарисовать крест и круг карандашом.

Играет в игры с куклами и плюшевыми игрушками, воображая себя кем-либо.

Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.

Помощь или подробная информация

Информация о безопасном хранении огнестрельного оружия: 1-800-LOK-IT-UP (565-4887).

Уход за детьми: Сеть ресурсов и направлений по уходу за детьми штата Вашингтон (Washington State Child Care Resource and Referral Network):

1-800-446-1114.

Предотвращение отравлений: Центр помощи при отравлениях штата Вашингтон (Washington Poison Center) – 1-800-732-6985 или 1-800-572-0638 (TTY).

Помощь в случае, если вы крайне разочарованы своим ребенком: Семейный телефон доверия – 1-800-932-HOPE (4673), местные телефоны доверия на случай кризисных ситуаций.

Воспитание детей и поддержка: Семейная справочная служба – 1-800-932-HOPE (4673), организация Family Resources Northwest – 1-888-746-9568, занятия в местных общественных колледжах.

Советы по сохранению здоровья

Сделаны ли вашему ребенку все необходимые в его возрасте прививки? Если все необходимые прививки уже сделаны, то до детского сада они ему больше не понадобятся.

Каждый день предлагайте ребенку разнообразную здоровую пищу. Ограничите употребление пищи, богатой калориями, но имеющей низкую питательную ценность. Завтракайте, обедайте или ужинайте всей семьей как можно чаще. Собираясь вместе за едой, выключайте телевизор.

Чистите ребенку зубы, по крайней мере, один раз в день небольшим количеством (размером с горошину) зубной пасты, содержащей фтор. Обязательно водите ребенка к стоматологу каждый год.

Советы по воспитанию детей

Разговаривайте с ребенком о том, что он делает. Читайте вместе книжки с картинками и разговаривайте о картинках.

Помогите ребенку полюбить подвижные игры, такие как игра в мяч, пятнашки, прятки. Покупайте ему простые игрушки, например, кубики, цветные карандаши и альбом, плюшевые игрушки.

Вы хотите, чтобы ребенок научился пользоваться туалетом поскорее, однако он может быть не готов к этому до 3 лет. Он даст вам понять, что готов к этому, просыпаясь сухим после сна и говоря вам, что он хочет в туалет.

Ограничите время, проводимое детьми у телевизора, одним часом в день. Смотрите телевизор вместе с детьми и обсуждайте телепередачи.

Советы, касающиеся безопасности

- Храните моющие средства и лекарства в недоступных для детей местах.
- Всегда держите ребенка за руку, идя с ним по улице, где ездят машины, в том числе на автостоянках. Прежде чем давать задний ход, проверьте, не находится ли ребенок за машиной.
- Если у вас дома есть огнестрельное оружие, соблюдайте правила безопасного хранения. Храните его в незаряженном состоянии и запирайте.
- Надевайте на ребенка спасательный жилет, если вы находитесь вблизи водоема или на лодке. Всегда внимательно следите за ребенком при нахождении у воды.
- Храните спички и зажигалки в недоступных для детей местах.